

Aus der Orthopädischen Universitätsklinik und Poliklinik
der Freien Universität Berlin
(Oskar-Helene-Heim)

Direktor: Prof. Dr. med. Günter Friedebold

ERGEBNISSE DER OPERATIVEN BEHANDLUNG DER DUPUYTRENSCHEN FINGERKONTRAKTUR

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Scheschonka Heide, geb. Ganzer
Berlin 1977

Aus der Orthopädischen Universitätsklinik und Poliklinik
der Freien Universität Berlin
(Oskar-Helene-Heim)

Direktor: Prof. Dr. med. Günter Friedebold

ERGEBNISSE DER OPERATIVEN BEHANDLUNG DER DUPUYTRENSCHEN FINGERKONTRAKTUR

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Scheschonka Heide, geb. Ganzer

Berlin 1977

Referent: Prof. Dr. med. Manfred Weigert

Korreferent: Prof. Dr. R. Rahmanzadeh



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fach-
bereiche der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 18. Januar 1977



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549022_0030

1.0 Einleitung

1.1 Das Krankheitsbild

1.2 Vermutliche Ursachen der Krankheit

1.3 Behandlungsmöglichkeiten

2.0 Die operative Therapie

2.1 Indikationsstellung

2.2 Operationstechnik

2.3 Nachbehandlung

3.0 Nachuntersuchungsergebnisse am operierten Dupuytren-Patienten des Oskar-Helene-Heims

3.1 Das Krankengut

3.2 Sensibilitätsstörungen

3.3 Durchblutungsstörungen

3.4 Funktionelle Störungen

3.5 Subjektive Gesamtbeurteilung des Operationsergebnisses

3.6 Neubildungen von Dupuytren'schem Gewebe

4.0 Vergleichende Wertung der Nachuntersuchungsergebnisse

5.0 Zusammenfassung

6.0 Schrifttum

1.0 Einleitung

=====

1.1 Das Krankheitsbild

Die erste anatomisch genaue Darstellung des Krankheitsbildes der Fingerkontraktur als Folge der Schrumpfung der Palmaraponeurose erfolgte im Jahre 1832 durch den französischen Chirurgen Dupuytren [1]. Nach ihm wurde später diese Erkrankung benannt.

Die Kontraktur der Palmaraponeurose steht in ursächlichem Zusammenhang mit einer Palmarfascienhyperplasie.

Die Entwicklung der Krankheit verläuft im allgemeinen sehr schleichend, und es dauert meist viele Jahre, ehe es zu nennenswerten Funktionsbehinderungen der Hand kommt (Pieper gibt beispielsweise "bis zu 25 Jahre" an, [2]). In Einzelfällen sind jedoch auch Progredienzen von Monat zu Monat festgestellt worden sowie spontane Rückbildungen [3].

Die Krankheit beginnt mit einem kleinen subcutanen Knoten, meist in Höhe des IV. Mittelhandknochens. Die Haut verwächst mit dem Knoten unter Verlust des Unterhautfettgewebes. Die Bewegungen der Finger sind zunächst nicht behindert (I. Grades). Der Knoten kann anfangs einige Zeit unverändert bleiben; auch spontane Rückbildungen kommen vor. Wenn aber das Dupuytren'sche Gewebe langsam in distaler Richtung zunimmt, wird das Grundglied in Beugstellung gezogen (II. Grades). Erstrecken sich die median oder mehr seitlich im

Grundglied gelegenen Knoten bis zur Basis des Mittelgliedes, so kommt es zur Beugekontraktur im Mittelgelenk (III. Grades). Wenn schließlich die Sehnen der Interossei und Lumbricales umwachsen und fixiert werden, so tritt Überstreckung im Endgelenk und rechtwinklige Beugekontraktur des Mittelgelenkes ein (IV. Grades). In dieser Stellung schrumpfen Gelenkkapseln und Bänder, so daß der betroffene Finger beim Zugreifen hindert. Bei gleichzeitiger Schrumpfung der Commissur ist das Spreizvermögen eingeschränkt.

1.2 Vermutliche Ursachen der Krankheit

Trotz zahlreicher Untersuchungen konnte die Frage nach der Ätiologie der Dupuytren'schen Kontraktur bisher nicht überzeugend beantwortet werden. Neue Gesichtspunkte zu diesem Thema wurden in den letzten Jahren nicht bekannt, im Gegenteil, es wurden alte, anscheinend widerlegte Ansichten neuerlich zur Diskussion gestellt. Die verschiedenen zu diesem Thema geäußerten Meinungen gingen weit auseinander. Vielfach werden aufgrund einer statistischen Koinzidenz ätiologische Schlüsse gezogen, meist von der Voraussetzung ausgehend, daß die Dupuytren'sche Kontraktur ein selten vorkommendes Leiden sei und daher ein gehäuftes Zusammentreffen Rückschlüsse erlaube. Eine Reihe von Beobachtungen hält jedoch auch einer kritischen Überprüfung stand, so z.B. die Zusammenhänge zwischen Dupuytren'scher Kontraktur und Leber-

zirrhose [4 bis 8] , Alkoholabusus, Diabetes mellitus [9 bis 14] , Epilepsie und Barbiturattherapie [15; 16] .

Die ursächliche Bedeutung einer Spondylose der Halswirbelsäule wird von verschiedenen Autoren immer wieder unterstrichen [17 bis 25] .

Mumenthaler konnte bei einer Reihe von Fällen mit Dupuytren'scher Kontraktur Ausfallerscheinungen des Nervus ulnaris nachweisen und stellte die Behauptung auf, daß eine Reizung des Nervus ulnaris im Sulcus insbesondere bei Luxierbarkeit des Nervens aus dem Sulcus die Ursache der Dupuytren'schen Kontraktur darstellt [26] .

Auf die Rolle des Traumas bei der Entstehung der Dupuytren'schen Kontraktur wird an anderer Stelle hingewiesen [16; 27; 30] . Es gibt zweifellos einzelne Fälle, bei denen sich eine Dupuytren'sche Kontraktur im Anschluß an ein einmaliges Trauma und auch im örtlichen Zusammenhang mit dem Trauma entwickelt. Im Vergleich zu der großen Zahl von Handverletzungen kommt eine derartige Koinzidenz jedoch nur äußerst selten vor, sicher nicht häufig genug, um darauf eine ätiologische Theorie aufzubauen. Es werden daher auch weniger das einmalige Trauma als vielmehr chronische Mikrotraumen für die Entstehung der Dupuytren'schen Kontraktur verantwortlich gemacht.

Lokale Stoffwechselstörungen aufgrund eines Vitamin-E-Mangels sollen nach Steinberg eine ursächliche Rolle spielen [28] . Eine Kreislaufstörung als Ursache der Dupuytren'schen Kontraktur

wird von Davis angenommen [29]. Alle Autoren sind sich darüber einig, daß der Dupuytren'schen Kontraktur ein hereditärer Faktor zugrunde liegt. Dementsprechend läßt sich auch häufig eine positive Familienanamnese erheben.

1.3 Behandlungsmöglichkeiten

Neben der chirurgischen Therapie als der dominierenden Behandlungsmethode der Dupuytren'schen Kontraktur hat es schon frühzeitig nicht an Versuchen gefehlt, durch konservative Maßnahmen eine Heilung zu erzielen.

Folgende konservative Maßnahmen sind in diesem Zusammenhang zu nennen [30]:

- Lokale Injektion eines Präparates zur Beseitigung der Kontraktur (Humanol, Fibrolysin, Pepsin, Novocain-Hyaluronidase, Hydrocortison).
- Bestrahlung der Kontraktur sowie evtl. dazugehöriger vegetativer Bezirke (Röntgenstrahlen, Ultraschall).
- Lokale medico-mechanische und physikalische Maßnahmen (Massage, Bäderbehandlung, Iontophorese, Galvanopunktur).
- Allgemeinbehandlung mit verschiedenen Medikamenten (Methionin, hohe Dosen von Vitamin E).

Von Gohrbandt [30] wird dazu ausgeführt, daß zu allen diesen konservativen Behandlungsmethoden nur in seltensten Fällen über einen Dauererfolg berichtet werden kann. Insbesondere sei bei einer fortgeschrittenen Erkrankung, bei der es schon zu stärkeren Kontrakturen (z.B. mit Gelenkveränderungen etc.) gekommen ist, der Versuch einer konservativen Behandlung zwecklos. In solchen Fällen ist allein eine operative Behandlung erfolgversprechend.

Unter den chirurgischen Behandlungsmethoden werden zwei Verfahren angeführt:

Die einfache Diszision der zur Kontraktur führenden Stränge wird verhältnismäßig selten angewandt. Hierzu berichtet Hohmann von Erfolgen [31] . Diese Methode war auch von Dupuytren verwendet worden [2] .

Allgemein üblich ist dagegen die operative Behandlung der Dupuytren'schen Kontraktur durch Exstirpation der veränderten Palmaraponeurose.

2.0 Die operative Therapie

=====

Die operative Behandlung der Dupuytren'schen Kontraktur muß gegenwärtig als die einzige längerfristigen Erfolg versprechende Therapie angesehen werden. Das Ergebnis einer derartigen Operation wird weitgehend von der Erfahrung und Technik des Operateurs abhängig. Die Kenntnis der allgemeinen Grundlagen der Handchirurgie, Schnittführung, Anästhesie, Anatomie, Präparationstechnik und Nachbehandlung sind hierfür Voraussetzung [30] . Ziel der Operation ist eine Besserung der Funktion der Hand.

2.1 Indikationsstellung

Befindet sich das Krankheitsbild der Dupuytren'schen Kontraktur noch im Anfangsstadium, so ist eine operative Behandlung nicht indiziert [2] .

Das ist der Fall, wenn zwar subcutane Knoten feststellbar sind, jedoch noch keinerlei Bewegungseinschränkungen der Hand vorliegen.

Beim Fortschreiten der Schrumpfung und Beginn von Bewegungseinschränkungen wird zur Operation geraten. In Anbetracht der Tatsache, daß die besten Ergebnisse bei Frühoperationen erreicht werden [30] ist man

bemüht, die Patienten davon zu überzeugen, sich so früh wie möglich operieren zu lassen, wenn die Fingergelenke noch nicht kontrakt und die Fingernerven von den Narbensträngen noch nicht ummauert sind. Außerdem ist bei der Frühoperation eine stärkere Mesenchym-sensibilisierung durch den Eingriff noch nicht zu erwarten.

Der Patient wird eingehend über das Operationsrisiko aufgeklärt, da es sich um keine vitale Indikation handelt.

Nach gründlicher Allgemein-Untersuchung mit besonderer Berücksichtigung von Herz- und Kreislauf-Verhältnissen, von Nieren- und Leberfunktion, wird die Operation nur bei bestem Wohlbefinden durchgeführt. Sind beide Hände befallen, wird zunächst die Hand operiert, die nötiger gebraucht wird. Bei Rechtshändern zuerst die rechte Hand.

Mit Rücksicht auf den Lokalbefund werden bei der operativen Therapie zwei Verfahren unterschieden: partielle Fasciektomie und totale Fasciektomie.

2.2 Operationstechnik

Die Operation wird in Intubationsnarkose durchgeführt. Vor Beginn des Hautschnittes wird eine pneumatische Blutsperre an den Oberarm gelegt.

Die Wahl des Hautschnittes stellt eine ent-

scheidende Überlegung dar. Seit Dupuytren die subcutane Discision der Palmarfascienstränge durchführte, wurde eine Vielzahl von Varianten der Schnittführung angegeben.

Auch heute noch bestehen unterschiedliche Auffassungen über den bestmöglichen Zugang und über den Umfang der Fasciektomie.

Im Oskar-Helene-Heim wurden hauptsächlich folgende Schnittführungen angewandt:



Verläuft der Narbenstrang isoliert über einen Fingerstrahl, wird der Zick-Zack-Schnitt oder die lokale Verschiebeplastik mit Hilfe der Z-Schnitte (Iselin) durchgeführt [32] .

Sind mehrere Stränge befallen, muß meist eine totale Resektion durchgeführt werden. Als Schnittführung dient der L-förmige Schnitt bzw. der Doppel-L-Schnitt, der beliebig verlängert werden kann. Im Bereich der 3. - 5. Finger werden Zick-Zack-Schnitte oder Z-Schnitte nach Iselin weitergeführt.

Ist der erste Strahl befallen, wird ein bogenförmiger Schnitt über dem Daumenballen ausgeführt, der dann auch beliebig nach distal und proximal verlängert werden kann.

Die Haut wird von dem mit ihr fest verwachsenen Narbenstrang abpräpariert, ohne daß eine wesentliche Hautverletzung entsteht. Der Stiel der Aponeurose wird proximal durchtrennt und nach distal unter leichter ständiger Anspannung mit einem Skalpell von allen Gebilden der Hohlhand gelöst. Die Ausschneidung einzelner Stränge muß bis in die Tiefe der Hohlhand erfolgen. Entstehen größere Hautdefekte, so müssen diese primär durch freie Transplantate gedeckt werden.

Die Operation schließt ab mit einer sorgfältigen Blutstillung nach Lösen der pneumatischen Blutsperre und Kompression der

Wunden für 5 Minuten unter Hochhalten des Armes.

Nach Einlage einer Redondrainage geschieht der spannungslose und gut adaptierte Hautnahtschluß. Das Redon-Drain wird im Bereich der proximalen Hohlhand herausgeleitet. Anschließend wird die Hand auf einer dorsalen Gipsschiene in Funktionsstellung unter leichter Kompression der Hohlhand mit einem Stahlwollepolster ruhiggestellt.

2.3 Nachbehandlung

Einige Stunden nach der Operation wird die Durchblutung kontrolliert. Wenn keine Schmerzen oder Fieber auftreten, wird die Redon-Drainage nach 2 Tagen entfernt.

Die Fixierung der Hand auf der Gipsschiene wird für 4 - 5 Tage belassen. Danach beginnt man mit einer aktiven Bewegungsübung. Aus der Gipsschiene wird eine Gipsschale geschnitten, die der Patient auch mit nach Hause bekommt.

Ist der postoperative Verlauf komplikationslos, werden die Patienten ungefähr nach 10-14 Tagen in die Poliklinik entlassen. Sie bekommen die Auflage, die von den Krankengymnasten erlernten Bewegungsübungen in den nächsten 3 - 4 Monaten konsequent weiterzuführen. Die volle Funktionsfähigkeit der Hand sollte nach 8 Wochen erreicht sein.

3.0 Nachuntersuchungsergebnisse an Dupuytren-Patienten des Oskar-Helene-Heims

=====

3.1 Das Krankengut

Im Oskar-Helene-Heim Berlin sind in der Zeit vom August 1968 bis April 1972 insgesamt 128 Patienten wegen einer Dupuytren'schen Kontraktur operiert worden. Von diesen Patienten kamen zu der hier ausgewerteten Nachuntersuchung 82 Patienten; es waren 68 Männer und 14 Frauen. Bei 6 der Patienten waren beide Hände operiert worden.

Der Anteil der Frauen an den Patienten mit Dupuytren'scher Kontraktur im Oskar-Helene-Heim entspricht mit 17% ziemlich genau dem gemeinhin in der einschlägigen Literatur angegebenen Anteil von 18%.

Neben 67 Erstoperierten wurden 14 Rezidiv-Operierte in der Nachuntersuchung beurteilt. Von den Rezidiv-Operierten sind 3 Patienten vorher in einem anderen Krankenhaus operiert worden, während bei 11 Patienten die erste und die Rezidiv-Operation im Oskar-Helene-Heim durchgeführt worden war.

Die Altersstruktur der Patienten ist in Bild 1 dargestellt. Der jüngste Patient

war 27 Jahre, der älteste 78 Jahre. Das Durchschnittsalter liegt mit 60,2 Jahren verhältnismäßig hoch, wie aus einem Vergleich mit dem Alter der Patienten von Geldmacher (Erlangen - Nürnberg) festzustellen ist. Das ist wahrscheinlich auf die Altersstruktur der Berliner Bevölkerung zurückzuführen.

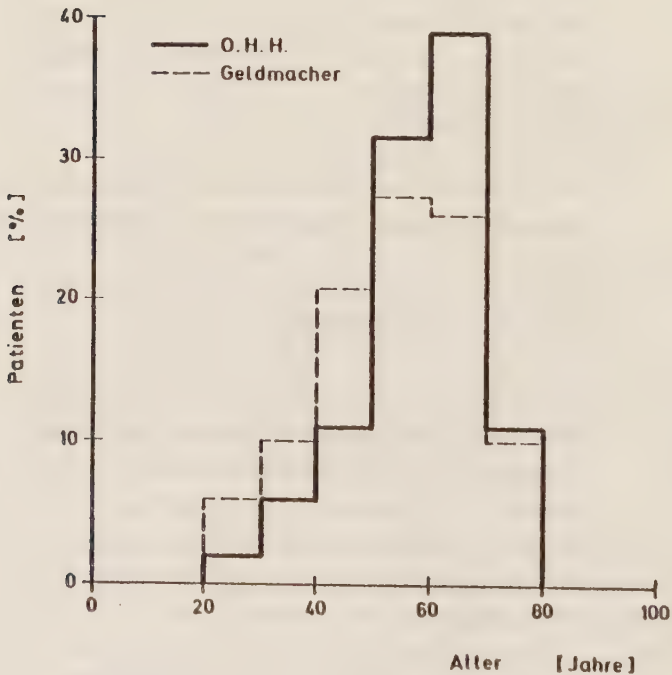


Bild 1: Altersverteilung der Patienten

Die seit der Operation bis zur Nachuntersuchung vergangene Zeit war längstens 4 Jahre, die kürzeste Zeit 4 Monate.

Es wurden untersucht:

22 Patienten	1 Jahr(e) nach der Operation
16 "	2 " " " "
21 "	3 " " " "
23 "	4 " " " "

Zum Zeitpunkt der Operation betrug die Dauer der Erkrankung bei der Mehrzahl der Patienten weniger als 10 Jahre, in Einzelfällen jedoch bis zu 30 Jahren (Siehe Bild 2, Abschnitt 3.5).

Hinsichtlich postoperativer Komplikationen ist festzuhalten, daß bei 65 Patienten die Operation komplikationslos war. Das sind 79%. Bei 17 Patienten traten postoperative Komplikationen auf:

5 Patienten bekamen Hämatome, 8 Patienten hatten Wundheilstörungen mit Hautnekrose, bei 2 Patienten war ein Hauttransplantat aus dem Unterarm nicht angewachsen, und bei 2 Patienten stellte sich eine Sudecksche Dystrophie ein.

3.2 Sensibilitätsstörungen

Bei der Nachuntersuchung war bei 35 Patienten (43%) die Sensibilität nicht gestört; bei 34 Patienten (41%) war sie gering gestört und bei 13 Patienten (16%) war sie erheblich gestört.

Aufgeschlüsselt nach dem zwischen Operation und Nachuntersuchung liegenden Zeitraum ergab sich im einzelnen bei den Untersuchungen:

1 Jahr nach der Operation

11 Patienten (50%)	nicht gestört
9 " (41%)	gering gestört
2 " (9%)	erheblich gestört

2 Jahre nach der Operation

4 Patienten (25%)	nicht gestört
7 Patienten (44%)	gering gestört
5 " (31%)	erheblich gestört

3 Jahre nach der Operation

10 Patienten (48%)	nicht gestört
8 " (38%)	gering gestört
3 " (14%)	erheblich gestört

4 Jahre nach der Operation

10 Patienten (43,5%)	nicht gestört
10 " (43,5%)	gering gestört
3 " (13%)	erheblich gestört

Postoperative Störungen der Sensibilität traten bei den Patienten, die 2 Jahre nach der Operation untersucht wurden, am häufigsten auf. 1 Jahr nach der Operation waren die Sensibilitätsstörungen am geringsten.

3.3 Durchblutungsstörungen

In der Nachuntersuchung zeigten sich bei 66 Patienten keinerlei Durchblutungsstörungen. Das sind 81% der untersuchten Fälle. Bei 15 Patienten waren geringe Durchblutungsstörungen feststellbar, das sind 18% der Fälle. Eine erhebliche Störung der Durchblutung war nur bei 1 Patienten auszumachen, was etwa 1% der untersuchten Fälle entspricht.

Aufgeschlüsselt ergab sich bei der Untersuchung:

Jahre n.d. Operation	nicht gestört	gering gestört	erheblich gestört
1	16 Pat. (73%)	6 Pat. (27%)	-
2	14 " (87%)	2 " (13%)	-
3	13 " (86%)	3 " (14%)	-
4	18 " (79%)	4 " (17%)	1 Pat. (4%)

3.4 Funktionelle Störungen

Das funktionelle Endergebnis wurde nach folgenden Kriterien beurteilt:

1. Sehr gut.

Hier war die volle Beweglichkeit aller Finger für Beugen, Strecken und Spreizen erreicht worden. Die Hand war ohne Einschränkung funktionsfähig.

2. Gut.

Volle Beweglichkeit aller Finger für Beugen, Strecken und Spreizen. Die am stärksten betroffenen Finger zeigten jedoch einen Streckdefekt von unter 10° .

3. Befriedigend.

Postoperative Verbesserung der Funktion, voller Faustschluß möglich, jedoch Streckdefekt bis zu 30° .

4. Schlecht.

Keine Besserung des funktionellen Ergebnisses nach der Operation.

Als Ergebnis der postoperativen funktionellen Beurteilung der 82 Patienten ergab sich:

sehr gutes	funktionelles Endergebnis b. 28 Pat. (34%)			
gutes	"	"	" 16 "	(19%)
befriedigendes	"	"	" 26 "	(32%)
schlechtes	"	"	" 12 "	(15%)

Von den 12 Patienten mit dem "schlechten" funktionellen Ergebnis hatten 5 Patienten Rezidiv-Operationen, bei 2 Patienten trat postoperativ eine Sudeck'sche Dystrophie auf, 2 Patienten hatten Wundheilstörungen. In 2 Fällen kam es unter der Operation zu Nerven-Läsionen, die zu erheblichen Sensibilitäts-Störungen führten, und in 1 Fall bestand eine Fingergelenkskontraktur, die unter der Operation nicht beseitigt werden konnte.

Eine Aufschlüsselung des Ergebnisses der funktionellen Beurteilung nach der Art des operativen Eingriffes, d.h. nach partieller und radikaler Fasziektomie, führt zu folgender Feststellung:

Die 28 Patienten mit "sehr gutem" funktionellen Endergebnis teilen sich auf in

10	Patienten mit radikaler Fasziektomie	(36%)
18	" " partieller "	(64%)

Die 54 Patienten, bei denen mehr oder minder starke Bewegungseinschränkungen nach der Operation festgestellt werden mußten, teilen sich auf in

26	Patienten mit radikaler Fasziektomie	(48%)
28	" " partieller "	(52%)

3.5 Subjektive Gesamtbeurteilung des Operationsergebnisses

=====

Ein subjektives Gesamturteil ist über die Frage an die Patienten nach **i h r e r** Meinung zu dem Operationsergebnis ermittelt worden. Dazu wurden die Kategorien "sehr zufrieden", "zufrieden", und "nicht zufrieden" vorgegeben.

Dem subjektiven Urteil muß insofern besondere Bedeutung beigemessen werden, als eine von dem Patienten empfundene Besserung im Befinden im allgemeinen vordergründiges Ziel einer Krankenbehandlung ist. Ein Vergleich der Ergebnisse der subjektiven Beurteilung mit denen der im vorangegangenen Abschnitt durchgeführten funktionellen Beurteilung zeigt allerdings eine bemerkenswert weitgehende Übereinstimmung der Aussagen.

Das subjektive Urteil der Patienten erbrachte folgendes Ergebnis:

"sehr zufrieden"	waren	47 Pat.	, entspr.	57%
"zufrieden"	"	24 "	"	29%
"nicht zufrieden"	"	11 "	"	13%

Eine Aufschlüsselung dieser Aussagen nach dem Zeitraum zwischen Operation und Nachuntersuchung ergibt:

Jahre n.d. Operation	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden
1	12 Pat.	9 Pat.	1 Pat.
2	9 "	5 "	2 "
3	11 "	6 "	4 "
4	15 "	4 "	4 "

Dazu konnte von 71 Patienten eine Angabe über die Dauer der Krankheit bis zur Operation gemacht werden. Das ermöglicht folgende Darstellung der Zufriedenheit der Patienten, bezogen auf die Dauer ihrer Erkrankung:



Bild 2: Zufriedenheit der Patienten in Relation zur Dauer der Erkrankung

Mit dem Operationsergebnis waren demnach vor allem diejenigen Patienten zufrieden, die weniger als 10 Jahre an der Dupuytren'schen Handkontraktur erkrankt gewesen waren. Je länger die Krankheit gewährt hatte, desto größer war der Anteil der Unzufriedenen.

3.6 Neubildungen von Dupuytren'schen Gewebe

Sowohl die subjektive als auch funktionelle Beurteilung der Dupuytren'schen Operationsergebnisse 1 bis 4 Jahre nach der Operation erlaubt zunächst nur beschränkt Schlüsse auf die längerfristigen Erfolgsaussichten einer operativen Behandlung der Dupuytren'schen Kontraktur. Es mußte nämlich bei der Nachuntersuchung festgestellt werden, daß sich bei 22 Patienten erneut Dupuytren'sches Gewebe gebildet hatte, das sind 27% der beurteilten Fälle.

Aufgegliedert nach dem Zeitraum zwischen Operation und Nachuntersuchung ergab sich eine Neubildung von Dupuytren'schem Gewebe

1 Jahr n. d. OP.	bei	3 Pat.	von 22 (entspr. 14%)
2 Jahre " " "	"	5 " "	16 (" 31%)
3 " " " "	"	7 " "	21 (" 33%)
4 " " " "	"	7 " "	23 (" 30%)

4.0 Vergleichende Wertung der Nachuntersuchungsergebnisse =====

Eine vergleichende Wertung der für Patienten des Oskar-Helene-Heims zusammengetragenen Nachuntersuchungsergebnisse mit den an anderen Orten erreichten Operationsergebnissen ist aus mehreren Gründen mit Unsicherheit behaftet:

Als Gründe für diese Unsicherheit sind hier anzuführen:

- Die Beurteilungskriterien sind verschieden und lassen teilweise einen direkten Vergleich nicht zu.
- Der Zeitraum zwischen Operation und Nachuntersuchung war verschieden. Eine genaue Aufgliederung nach der Zahl der Jahre zwischen Operation und Nachuntersuchung wurde im allgemeinen nicht gegeben.
- Die durchschnittliche Dauer der Krankheit zum Zeitpunkt der Operation und insbesondere auch das Durchschnittsalter der Patienten waren verschieden, was vermutlich Einfluß auf das Operationsergebnis hat.
- Die Indikationsstellung zur Operation war aller Wahrscheinlichkeit nach unterschiedlich. Sie kann die durchschnittlichen Erfolgschancen einer Operation wesentlich beeinflussen.

- In allen Fällen war die Zahl der nach-
untersuchten Patienten in der Größenordnung
von 100, was nur zum Teil als hinreichend
für eine statistisch fundierte Aussage ange-
sehen werden kann.

Im einzelnen kann zu den hier zusammengestellten
Gründen für die Unsicherheit einer vergleichenden
Wertung von Operationsergebnissen noch folgendes
ausgeführt werden:

Bei den zum Vergleich herangezogenen Nachunter-
suchungsergebnissen wurden im einzelnen folgende
Beurteilungskriterien verwendet:

Pieper [2]

128 Hände, davon 52 mehr als 4 Jahre nach der O.P.
112 Hände - Heilergebnisse sehr gut bis
gut (Streckbehinderung bis 30°!).
13 " - Wesentliche Besserung gegen-
über präoperativem Zustand.
3 " - Verschlechterung des Zu-
standes.

Schink [3]

100 Hände, 0 - 5 Jahre nach der O.P. beurteilt
90 Hände - funktionelles Ergebnis sehr gut.
5 " - endgradige Einschränkung (nicht
gänzlich befriedigend).
5 - lokale Rezidive ohne Retraktions-
neigung.

Geldmacher [33]

87 Hände, 2 - 6 Jahre nach der O.P. beurteilt

- 49 Hände - Endergebnis sehr gut (volle Beweglichkeit aller Finger für Beugen, Strecken, Spreizen.
- 25 Hände - gutes Ergebnis (Hand zur Faust voll schließbar, Finger normal spreizbar, maximaler Streckdefekt $< 10^{\circ}$).
- 6 " - befriedigendes Ergebnis (Besserung gegenüber präoperativem Zustand, Faustschluß voll, Streckdefekt $\leq 30^{\circ}$).
- 7 " - schlechtes Ergebnis.

McIndoe

langfristige Nachuntersuchung nach 11,1 Jahren
(Angaben bei Hakstian [34])

- 49% Kein Wiederauftreten der Kontraktur.
- 34% Rezidive.
- 33% Ausbreitung.

Hinsichtlich des Zeitraumes zwischen Operation und Nachuntersuchung sind meist nur pauschale Angaben gemacht. Die detaillierte Beurteilung der Oskar-Helene-Heim Patienten legt zunächst die Vermutung

nahe, daß bei einem Zeitraum von 1 Jahr das Urteil im Durchschnitt positiver ausfällt als bei einer Nachuntersuchung nach 2 - 4 Jahren. Ferner lassen die festgestellten Neubildungen von Dupuytren'schem Gewebe vermuten, daß längerfristig das Urteil negativer wird. Obwohl die Zahl der untersuchten Patienten zu gering war, um diese Aussage als statistisch fundiert anzusehen, sollte dieser Trend dennoch bei einer vergleichenden Wertung Berücksichtigung finden. Hierzu wäre es wünschenswert, den Anteil der Patienten zu kennen, die bereits 1 Jahr nach der Operation in der Nachuntersuchung beurteilt wurden. Derartige Angaben sind jedoch bei den zum Vergleich herangezogenen Nachuntersuchungen nicht gemacht.

Hinsichtlich der durchschnittlichen Dauer der Krankheit legt Bild 2 nahe, daß bei langer Krankheitsdauer ein positives Operationsergebnis unwahrscheinlicher wird. Hierzu liegen bei den zum Vergleich herangezogenen Nachuntersuchungen keine Angaben vor, bis auf die Aussage von Geldmacher, daß die Krankheitsdauer bei seinen Patienten in einem (maximal) Fall 15 Jahre betrug. Dagegen war unter den Patienten des Oskar-Helene-Heims einer mit einer Krankheitsdauer von 30 Jahren und 3 mit einer Krankheitsdauer von 24 - 27 Jahren.

In diesem Zusammenhang ist die Feststellung bedeutsam, daß die besten Ergebnisse bei Frühoperationen erzielt werden [30] .

Hinsichtlich der Indikationsstellung zur Operation ist es ebenfalls nicht möglich, hinreichende Angaben für eine vergleichende Aussage zu machen.

Von Pieper [2] wird ausgeführt, daß die von ihm operierten 111 Patienten eine Auswahl von insgesamt 191 Patienten darstellen. Die 80 nicht operierten Patienten gliederten sich folgendermaßen auf:

36 Patienten	-	keine Indikation, da Krankheitsbild im Anfangsstadium.
12	"	- nicht mehr verbesserungsfähig wegen unsachgemäßer Voroperation.
2	"	- schlechter allgemeiner Zustand.
10	"	- unabkömmlich im Beruf.
17	"	- sonstige Gründe (Operationskosten, Nichteinhaltung des Operations-Termines usw.).

Entsprechende Angaben liegen für die anderen im Vergleich beurteilten Patientengruppen nicht vor.

Hinsichtlich des Durchschnittsalters der Patienten zum Zeitpunkt der Operation sind nur in zwei Fällen Angaben gemacht:

Oskar-Helene-Heim	60,2 Jahre
Schink [3]	47 "
Geldmacher [33]	ca. 49 "

Es liegt also das Durchschnittsalter der Patienten im Oskar-Helene-Heim um mehr als 10 Jahre über dem der anderorts ausgewerteten Operationsergebnisse. Da bei höherem Durchschnittsalter auch die Heilungsaussichten geringer werden, ist zu erwarten, daß die Operationsergebnisse für die Patienten des Oskar-Helene-Heims insgesamt etwas schlechter liegen.

Trotz dieser beachtlichen Unsicherheiten bei einer vergleichenden Wertung der Nachuntersuchungsergebnisse ist mit der folgenden Grafik der Versuch gemacht worden, die an verschiedenen Orten erreichten Operationsergebnisse gegenüberzustellen und somit zu vergleichen.

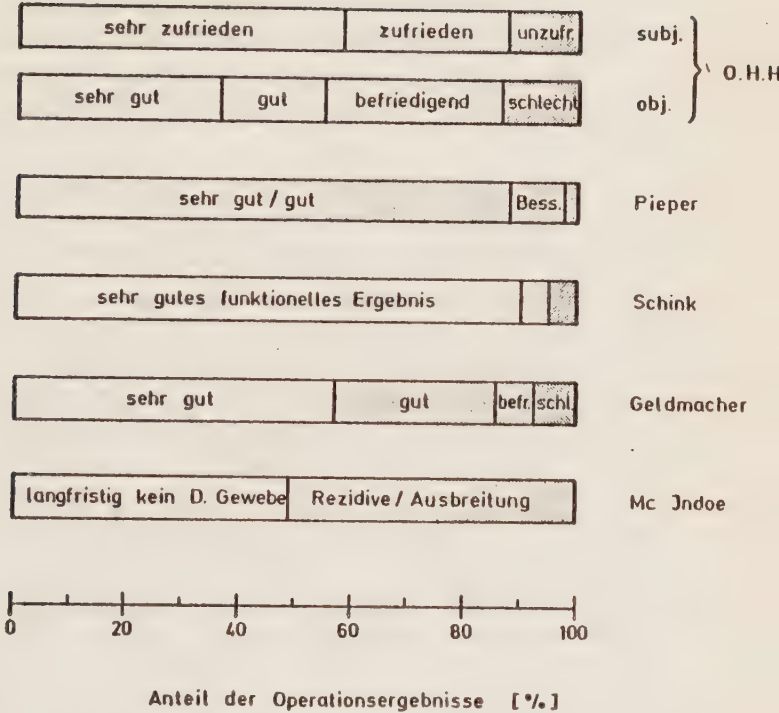


Bild 3: Wertungsvergleich der Nachuntersuchungsergebnisse von operierten Dupuytren-Patienten

Zunächst kann hierzu festgestellt werden, daß für die Patienten des Oskar-Helene-Heims die subjektive und die objektive Beurteilung (das funktionelle Ergebnis betreffen) nahezu zum gleichen Urteil führt. Die Patienten sind mit dem Operationsergebnis im Durchschnitt etwas zufriedener als der untersuchende Arzt.

Die durchschnittlichen Erfolgsaussichten einer operativen Behandlung der Dupuytren'schen Handkontraktur können folgendermaßen beurteilt werden:

Unter der Voraussetzung, daß die Operation von einem erfahrenen Handchirurgen durchgeführt wird, ist längerfristig mit einem sehr zufriedenstellenden Operationsergebnis in mehr als der Hälfte der Fälle zu rechnen. Im Durchschnitt ist für 85% der operativen Behandlungen eine beachtliche Verbesserung zu erreichen, während 10% der Patienten keine Besserung in Aussicht gestellt werden kann.

Die Operationserfolge des Oskar-Helene-Heims liegen geringfügig unter dem hier angegebenen Durchschnitt. Dies ist aller Wahrscheinlichkeit nach in erster Linie auf das verhältnismäßig hohe Durchschnittsalter der Oskar-Helene-Heim Patienten zurückzuführen. Insofern kann gesagt werden, daß die im Oskar-Helene-Heim durchgeführten Operationen etwa in gleichem Maße erfolgreich waren, wie

diejenigen der namhaften Spezialisten auf dem Gebiet der Dupuytren'schen Hand-Chirurgie. Der Vergleich der Ergebnisse führt darüber hinaus zu der Feststellung, daß aufgrund der Unsicherheit in der Beurteilung des Operationserfolges keine der Schnittführungen als besonders erfolgreich hervorgehoben werden kann.

5.0 Zusammenfassung

=====

In der vorliegenden Arbeit werden Nachuntersuchungsergebnisse nach der Operation Dupuytren'scher Handkontraktur im Oskar-Helene-Heim mitgeteilt und in einem Vergleich mit andererseits erzielten Operationsergebnissen beurteilt.

In der Zeit vom August 1968 bis April 1972 sind im Oskar-Helene-Heim 128 Patienten operativ behandelt worden. Davon wurden 82 bei der Nachuntersuchung beurteilt. Die Patienten des Oskar-Helene-Heims unterschieden sich durch ein etwa 10 Jahre höheres Durchschnittsalter von den andererseits behandelten und hier zum Vergleich herangezogenen Operierten.

Die Operationserfolge im Oskar-Helene-Heim entsprachen in etwa denen, die andererseits erreicht worden waren. Im Durchschnitt ist ein sehr zufriedenstellendes Operationsergebnis in mehr als

50% der Fälle zu erwarten, für weitere 35% kann eine beachtliche Besserung erreicht werden, während bei bis zu 15% der Patienten die Operation nicht zu einer Besserung führte.

6.0 Schrifttum
=====

1. Dupuytren, G.: Permanent reaction of the fingers produced by an affection of the palmarfascia.
Lancet 2, S. 222, 1834
2. Pieper, W.: Zum Krankheitsbild und zur Behandlung der Dupuytren'schen Fingerkontraktur.
Med. Welt 22, S. 1206, 1965
3. Schink, W.: Die chirurgische Behandlung der Dupuytren'schen Kontraktur, ein Bericht über 100 operierte Hände.
Langenbecks Arch. klin. Chir. 299, S. 118, 1962
4. Weyer, A.G.: Das Weltmann'sche Koagulationsband und die Takata Ara-Kolloid-Reaktion bei Dupuytren'scher Kontraktur und Induratio penis plastica.
Langenbecks Arch. klin. Chir. 263, S. 517, 1950
5. Wolf, St.J. et al.: Thickening and Contraction of the Palmar Fascia, Dupuytren's Contracture, Associated with Alcoholism and Hepatic Cirrhosis.
New Engl.J.Med. 255, S. 559, 1956

6. Wegmann, T.: Parotishypertrophie und Dupuytren'sche Kontraktur bei Leberzirrhose.
Münch.med.Wschr. 102, S.1926, 1960
7. Wewalka, F.: Die Blutgruppen bei Leberzirrhosen.
Z.Blutforsch. 6, S. 261, 1960
8. Hueston, J.T.: Recurrent Dupuytren's Contracture.
Plast. reconstr.Surg. 31,
S. 66, 1963
9. Cayla, A.: Diabète et retraction de l'aponevrose palmaire.
Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie 20,
S. 770, 1883
10. Viger, J.: De la retraction de l'aponevrose palmaire chez les diabetiques.
These Paris, 1883
11. Teschenmacher: Über das Vorkommen der Dupuytren'schen Fingerkontraktur bei Diabetes mellitus.
Dtsch. Med. Wschr. 30, S. 501, 1904
12. Schneider, T.: Doença de Dupuytren e diabetes mellitus.
Medico (Porto) 5, S. 80, 1957
13. Paeslack, V.: Dupuytren'sche Kontraktur und Diabetes mellitus.
Schweiz. Med.Wschr. 92, S.349, 1962

14. Wegmann, T. et al.: Dupuytren'sche Kontraktur, Diabetes mellitus und chron. Aethylismus.
Schweiz. Med. Wschr. 96, S.852, 1966
15. Lund, M.: Dupuytren'sche Kontraktur und Epilepsie.
Acta psychiat. (Kbh.) 16, S. 465, 1959
16. Skoog, T.: Dupuytren's Contraction.
Acta chir. scand. 96, Suppl. S. 139, 1948.
17. Gubern-Salicachs, L.: Consideraciones acerca de la etiologia de la enfermedad de Dupuytren.
Rev. Cir. (Barcelona) 6, S.1343, 1952
18. Pomme, B. et al.: Au sujet d'une etiologie possible de syndrome maladie de Dupuytren.
Rev. neurol. 1, S. 633, 1931
19. Scholz, O.: Zur Entstehung der Dupuytren'schen Kontraktur.
Zbl. Chir. 78, S. 104, 1952
20. Padovani, P. und Lord, G.: Arthrosis cervicalis und Dupuytren'sche Kontraktur.
Sem. Hôp. Paris 27, S. 1955, 1951
21. Gutzeit, K.: Rheumatische und trophoneurotische Krankheitsbilder im Rahmen der vertebrealen Symptomatik.
Med. 40, S. 1343, 1954

22. Exner, G. Wie kann der "Dupuytren" erfolgreich
 behandelt werden.
 Münch. med. Wschr. 92, S. 261, 1950
23. Rodenburg, A.J.: Hyperplasie of the Palmar Aponeu-
 rosis (Dupuytren's Contracture).
 Arch.intern. Med. 101, S. 551, 1958
24. Klunker, W.: Zur Frage der Beziehung zwischen
 hyperostotischer Spondylose und
 Dupuytren'scher Kontraktur
 Schweiz. med. Wschr. 94, S. 781, 1964
25. Lick, R.F. et al.: Zur Ätiologie der Dupuytrenschen
 Kontraktur unter Berücksichtigung
 spondylogener Faktoren.
 Münch. Med. Wschr. 16, S. 794, 1965
26. Mumenthaler, M.: Die Ulnarisparesen.
 Thieme Verlag, Stuttgart, 1961
27. Skoog, T.: The Pathogenesis and Etiologie
 of Dupuytren Contracture.
 Plast reconstr. Surg. 31, S. 258,
 1963
28. Steinberg, Ch.: Fibrositis, Muscular Rheumatism,
 including Dupuytren's Contracture
 N.Y. St.J. Med. 47, S. 1679, 1947
29. Davisjack, E.: On Surgery of Dupuytren's contracture.
 Plast. reconstr. Surg. 36,
 S. 277, 1965

30. Gohrbandt, E.: Konservative oder operative
Behandlung der Dupuytren'schen
Kontraktur.
Med. Klin. Nr. 14, S. 572, 1955
31. Hohmann, G.: Hand und Arm.
Verlag J.F. Bergmann, München, 1949
32. Iselin, M. Chirurgie de la main.
Verlag Masson & Cie, Paris, 1955
33. Geldmacher, J.: Erfahrungen bei der operativen
Behandlung der Dupuytren'schen
Kontraktur.
Chirurg 34, S. 451, 1963
34. Hakstian, R.W.: Langfristige Nachuntersuchungen
nach Operationen wegen Dupuytren'scher
Kontraktur.
Handchirurgie, Sonderheft Nr. 1,
VLE Verlags GmbH, Erlangen, 1970.

Lebenslauf

Am 13. Oktober 1940 wurde ich, Heide Scheschonka, in Berlin-Schmargendorf, als Tochter des Laboranten Hans Ganzer und seiner Ehefrau Erna Ganzer geb. Adenbahr, geboren. 1945 starb mein Vater in Berlin. Von 1946 bis 1954 besuchte ich die Grundschule in Berlin-Lichtenberg, von 1954 bis 1958 die Kant-Oberschule in Berlin-Lichtenberg, an der ich 1958 die Reifeprüfung bestand.

Von 1958 - 1960 erlernte ich den Beruf einer Chemielaborantin. Ein Jahr übte ich diesen Beruf an der Humboldt-Universität in Ost-Berlin aus. Im November 1961 kam ich nach West-Berlin, besuchte zwei Semester die Staatliche Ingenieurschule Beuth, Fachrichtung: Technische Chemie. 1963 erhielt ich nach einer Sonderprüfung die Bescheinigung, daß mein Reifezeugnis aus dem Jahre 1958 zum Hochschulstudium berechtigt. Danach nahm ich an der Freien Universität das Medizinstudium auf. 1967 bestand ich die ärztliche Vorprüfung. In diesem Jahre heiratete ich auch den Diplom-Ingenieur Wolfgang Scheschonka, 1968 wurde meine erste Tochter geboren. Ein Jahr unterbrach ich das Medizinstudium und beendete es 1972 mit dem Staatsexamen. Im selben Jahr kam meine zweite Tochter zur Welt.

Nach einem Jahr Medizinalassistentenzeit erhielt ich am 1. Juli 1974 die Approbation als Arzt.

Seit dem 1. Oktober 1974 arbeite ich als Assistenzärztin in der Internen Abteilung des Elisabeth-Krankenhauses in Berlin-Tiergarten.

